

Derrame pericárdico grave como debut de LES.

Serie de 3 casos

MOLINA ALMELA C, RUEDA CID A, CAMPOS FERNÁNDEZ C, PASTOR CUBILLO MD, LERMA GARRIDO JJ, BALAGUER TRULL I, MARTÍN DE LA LEONA MIÑANA R, CALVO CATALÁ J

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia

Correspondencia: Dra. Clara Molina Almela - Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo - Consorcio Hospital General Universitario de Valencia - Avda. Tres Cruces, 2 - 46014 Valencia

✉ lola.pastor,cubillo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El pericardio se puede inflamar por diversas causas: yatrogena, infecciosa, inmunomediada, neoplásica, metabólica o idiopática. Si el derrame es importante puede producir compromiso hemodinámico. Disnea, ingurgitación yugular, hipotensión y defectos de perfusión son signos y síntomas que hacen sospechar compromiso hemodinámico en el derrame pericárdico. Presentamos una serie de tres casos en el que el derrame pericárdico con compromiso hemodinámico fue la forma de debut del lupus eritematoso sistémico (LES).

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 73 años que consulta en el Servicio de Urgencias hospitalarias por dolor torácico opresivo centro esternal y en costado izquierdo de característica pleuríticas con febrícula y disnea de esfuerzo. Como antecedentes personales presentaba nefroangioesclerosis en seguimiento por nefrología e hipertensión arterial que trata con telmisartán y nimodipino. En el análisis de sangre presentó anemia normocítica con hemoglobina 10 g/L, hematocrito de 30 L/L y resto de hemograma normal. Bioquímica sin alteraciones a excepción de urea 71 mg/dl y creatinina de 1,24 mg/dl. En el ECG no presentaba alteraciones valorables y en la radiografía de tórax presentaba derrame pleural izquierdo leve sin cardiomegalia. Inicialmente se sospecha un tromboembolismo pulmonar por lo que se solicita un angio TAC que lo descarta. Se realiza toracocentesis obteniendo un líquido pleural de carac-

terísticas de exudado, pH inicial de 7,10, ADA normal y cultivos negativos. Durante la evolución persiste febrícula apareciendo en la radiografía de tórax (Figura 1 A y B) de control derrame pleural bilateral y cardiomegalia. Se realiza ecocardiograma que objetiva derrame pericárdico moderado con signos de compromiso hemodinámico: colapso de aurícula y ventrículo derechos en diástole, colapso inspiratorio >50%. Ante la sospecha de conectivopatía, se solicita analítica con parámetros inmunológicos evidenciándose: ANA+ 1/640 con patrón nucleolar, antiDNA+ 669 y consumo de complemento (C3). Con el diagnóstico de LES se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona durante tres días y posteriormente se añade azatioprina e hidroxycloquina con resolución del cuadro clínico, radiológico (Figura 2 A y B) y ecocardiográfico y desaparición completa del derrame pericárdico.

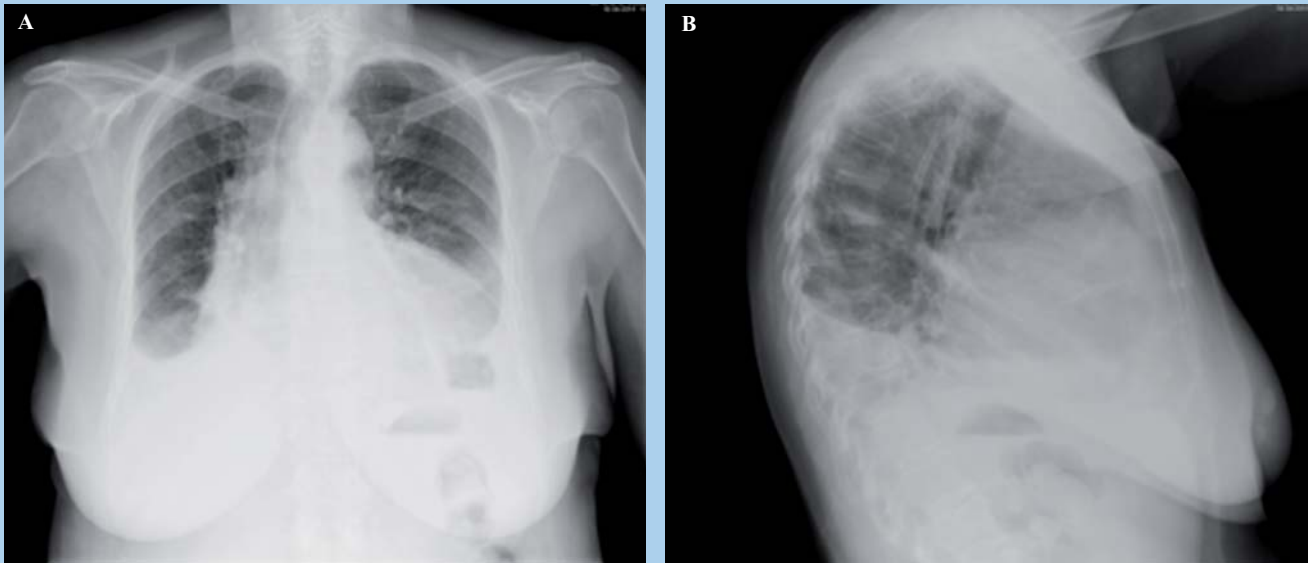
CASO CLÍNICO 2

Varón de 72 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta por disnea progresiva de dos semanas de evolución que se hace de mínimos esfuerzos. No presenta ortopnea, disnea paroxística nocturna, edematización de miembros inferiores, ni cambios en el volumen de la diuresis. No refería dolor torácico de características anginosas, ni palpitaciones. Tampoco presentaba tos, expectoración, fiebre o clínica sospechosa de proceso infeccioso. Se realizó una ecocardiografía en urgencias que evidenció: derrame pericárdico mode-

rado-severo con signos de compromiso hemodinámico. En la analítica destacó una bicitopenia con 900 linfocitos y 93.000 plaquetas. En el electrocardiograma (ECG) no se observaron alteraciones. Se ingresa a cargo de reumatología para estudio y tratamiento. Se inició tratamiento con AINEs y posteriormente con colchicina sin obtener mejoría clínica. Por lo que se realiza una resonancia magnética nuclear cardiaca que muestra aumento del derrame pericárdico respecto al ecocardiograma previo, con compromiso de cavidades derechas. Se realiza pericardiocentesis, extrayendo 750 ml de líquido pericárdico, que se analiza, destacando la presencia de leucocitosis 712 cel/ μ L (VN <250), (neutrófilos 49%, linfocitos 51%), glucosa y proteínas normales, tinción de gram, cultivos y PCR para micobacterias negativas, citología de líquido pericárdico: frotis de fondo serohemático con hiperplasia mesotelial reactiva. En la analítica presentaba: linfopenia 900, trombocitopenia 93.000, anticuerpos antinucleares (ANA)+ 1/160 patrón nucleolar homogéneo, anti-RO52+ y consumo de complemento C3, resto de la inmunología negativa. Se diagnostica al paciente de LES por criterios SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus). Se inició tratamiento con hidroxycloquina 200 mg/día y prednisona 0,5 mg/kg/día, con buena respuesta, normalizándose los parámetros analíticos y sin recurrencia del derrame pericárdico.

FIGURA 1

Rx PA Y LAT DE TÓRAX: CARDIOMEGALIA CON DERRAME PLEURAL BILATERAL



CASO CLÍNICO 3

Paciente varón de 75 años de edad, sin antecedentes médicos de interés. Consulta en el Servicio de Urgencias hospitalarias por cuadro de dolor opresivo precordial sin irradiación. En el ECG no presentaba alteraciones de interés. En la auscultación cardio-pulmonar destacó la presencia de crepitantes en ambas bases pulmonares. En la Rx de tórax se evidencia aumento de la silueta cardíaca y derrame pleural bilateral. El paciente es ingresado y se completa estudio, confirmando la presencia de derrame pericárdico en el estudio ecocardiográfico. Se inicia tratamiento con colchicina e indometacina sin obtener respuesta clínica. El paciente presentaba disnea de moderados esfuerzos y febrícula ($<37,5^{\circ}$). Se le realiza una Rx de tórax de control, encontrando un aumento del derrame pleural bilateral. En el estudio analítico presentaba VSG y PCR ligeramente elevada, IGRA negativo, ANA+ $>1/1280$ y positividad de antiDNA y antiSm. Se diagnóstica de lupus eritematoso sistémico y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/Kg/día e hidroxiquina a dosis de 400 mg/día, suspendiendo la indometacina y la colchicina, con lo que se obtuvo mejoría clínica en 24 horas, disminuyendo el derra-

me pleuro-pulmonar, hasta la desaparición completa a los 10 días de tratamiento.

DISCUSIÓN

La pericarditis aguda es la patología que más frecuentemente afecta al pericardio. Las principales manifestaciones clínicas incluyen: dolor torácico agudo de tipo pleurítico que mejora al inclinarse hacia delante, el roce pericárdico, cambios electrocardiográficos (elevación del ST en cortina o depresión del PR) y el derrame pericárdico. Los pacientes con etiología infecciosa pueden presentar signos y síntomas sistémicos como fiebre y leucocitosis. Dentro del diagnóstico diferencial hay que considerar: causas infecciosas (virus, bacterias y hongos); radiación; medicamentos; lesión cardíaca (IAM, pericardiotomía, postraumática, iatrogénica); metabólica (uremia, asociada a diálisis, mixedema, síndrome de hiperestimulación ovárica); neoplásica (sobre todo cáncer de pulmón y mama, linfoma de Hodgkin y mesotelioma); autoinmune (conectivopatías, enfermedad inflamatoria intestinal, Fiebre Mediterránea Familiar) o idiopática. En pacientes con derrame pericárdico y hemodinámicamente inestables hay que plantearse una posible

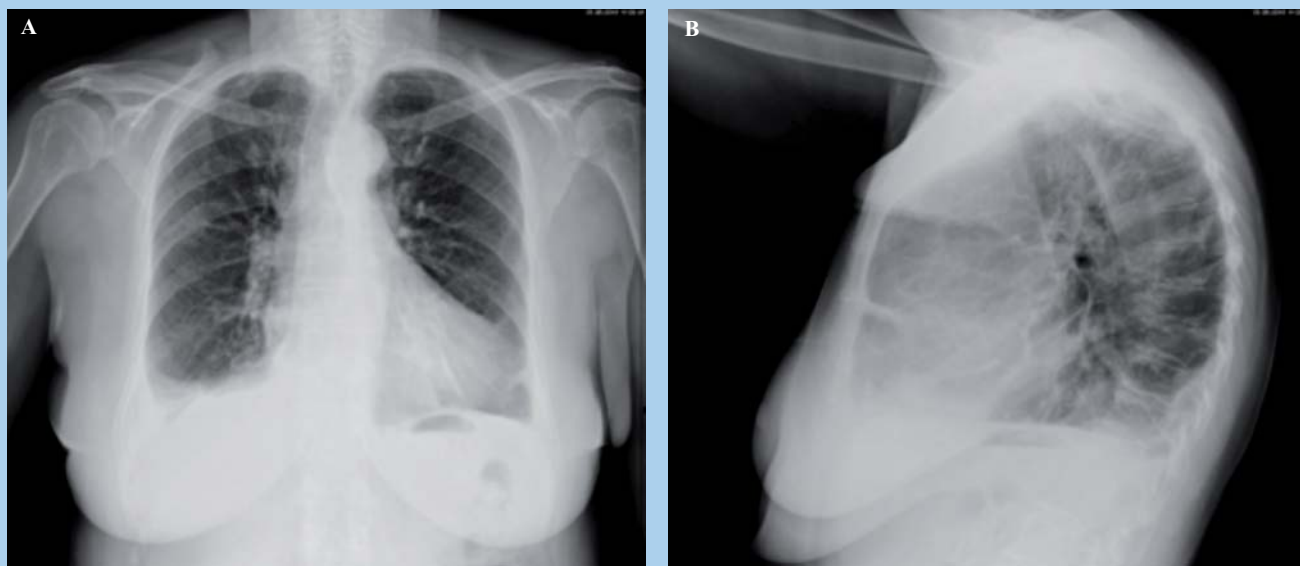
disecación aórtica o ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo.

En el LES se puede afectar cualquier estructura cardíaca, siendo la pericarditis el hallazgo ecocardiográfico más frecuente, presente en más de un 50% de los casos. Sin embargo es raro encontrar un derrame pericárdico grave que genere compromiso hemodinámico, y aún más infrecuente que sea la forma de debut del LES. Otras formas infrecuentes de presentación son: pancreatitis¹, hemorragia pulmonar², trombosis venosa cerebral³ o derrame pleural bilateral masivo⁴. Normalmente no se requiere la pericardiocentesis, pero cuando se analiza el líquido se observan ANA+, fagocitos con núcleos en su interior, niveles de complemento bajo e inmunocomplejos similares a los hallados en exudados pleurales. La pericarditis a menudo se relaciona con actividad del LES y se puede asociar con otras serositis (pleuritis o ascitis)^{5,6}.

Hay numerosas enfermedades reumáticas inflamatorias que pueden presentar pericarditis. En la artritis reumatoide (AR) el derrame pericárdico se relaciona con actividad de la enfermedad, con la positividad del Factor Reumatoide y con la presencia de otras manifestaciones extraarticulares. El tra-

FIGURA 2

Rx PA y LAT DE TÓRAX TRAS TRATAMIENTO: RESOLUCIÓN DEL DERRAME PLEUROPERICÁRDICO. PERSISTE LIGERO PINZAMIENTO SENO COSTOFRÉNICO DERECHO



tamiento es el de la AR, aunque se puede dar colchicina y AINEs para alivio sintomático. Excepcionalmente pueden desarrollar pericarditis constrictiva que requiera pericardiotomía. En la enfermedad de Still del adulto hasta un tercio de los paciente presentan pericarditis y un 10% miocarditis⁷. Otras conectivopatías que pueden cursar con pleuropericarditis son la esclerosis sistémica, dermatomiositis y polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, Sjögren, sarcoidosis, vasculitis y enfermedades autoinflamatorias como Fiebre Mediterránea Familiar o Síndrome Periódico asociado al Factor de Necrosis Tumoral-1 (TRAPS).

CONCLUSIÓN

Presentamos tres casos de debut de LES como derrame pericárdico en pacientes que no tenían clínica previa. Con esta serie de casos pretendemos reivindicar la importancia de las enfermedades reumatológicas inflamatorias dentro del diagnóstico diferencial de un derrame pericárdico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Duncan HV, Achara G. A rare initial manifestation of systemic lupus erythematosus-acute pancreatitis: case report and review of the literature. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:334-338.
- 2.- Hernández-Beriain JA, González T, Rodríguez-Lozano B, Mora ML. Massive pulmonary hemorrhage as early manifestation of systemic

lupus erythematosus. Therapeutic possibilities. *Med Clin (Barc).* 1992;99:716-717.

3.- Cardona-Portela P, Casanovas-Pons C, Moral-Torres M, Rubio-Borrego F. Cerebral venous thrombosis as the presenting symptom of systemic lupus erythematosus. *Rev Esp Neurol.* 2004;39:30-34.

4.- Bouros D, Panagou P, Papandreou L, Kottakis I, Tegos C. Massive bilateral pleural effusion as the only first presentation of systemic lupus erythematosus. *Respiration.* 1992; 59:173-175.

5.- Langley RL, Treadwell EL. Cardiac tamponade and pericardial disorders in connective tissue diseases: case report and literature review. *J Natl Med Assoc.* 1994;86(2):149.

6.- Doria A, Iaccarino L, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Turriel M, Petri M. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2005;14(9):683.

7.- Parvez N, Carpenter JL. Cardiac tamponade in Still disease: a review of the literature. *South Med J.* 2009;102(8):832.